

LAS PANTUFLAS DE TRES DEDOS DEL DR. RICHARD PARKHOUSE (IZQUIERDA) LE CONSIGUIERON UN AVENTON EN SILLA DE RUEDAS DURANTE UN CURSO EN LONDRES. PÁGINA 4.



TIP-EDGE® TODAY

Published Quarterly In The USA



ESTUDIANTES RESIDENTES DE PRIMER AÑO DE LA UNIVERSIDAD ST. LOUIS Y LOS DOCTORES CHRIS Y PETER KESLING DURANTE UN CURSO RECIENTE EN EL CENTRO DE ORTODONCIA.

PRIMAVERA 1999

COMENTARIOS

LOS OBJETIVOS CAMBIAN, LOS RESULTADOS SON LOS MISMOS:



El tiempo y la experiencia han cambiado la secuencia de los objetivos del tratamiento, Artículo de Portada.

INTERCAMBIAR BRACKETS—ÉSO ES UN CAMBIO



El caso en cuestión enfatiza la importancia de cambiar los brackets de los segundos premolares, Página 2.

LOS BRACKETS TIP-EDGE GEMELOS NECESITAN MAS ESPACIO SUPERIOR

El incremento en el ancho de los brackets gemelos Tip-Edge clama por un posicionamiento mas bajo, Página 3.

TIP-EDGE GRÁFICO

MODIFICACIONES USADAS CON BRACKETS DE TIP-EDGE*

Expansión inferior rápida	8%
Aparatos Funcionales/Herbst	11%
Anclaje Extraoral	15%
Control Vertical Extraoral	15%
Tratamiento de Dos Fases	21%

*Porcentaje de pacientes tratados.

Datos basados en estudios de ortodoncistas usando los brackets Tip-Edge y la T.A.R.D.

ARTÍCULO DE PORTADA

Los Objetivos Cambian con el Tiempo

Por Peter C. Kesling, D.D.S., Sc.D.

Desde la introducción de los brackets Tip-Edge y de la Técnica de Arco Recto Diferencial hace mas de diez años, los objetivos de las primeras fases del tratamiento han cambiado. Esto le ha sucedido a ortodoncistas alrededor del mundo que han obtenido una mayor apreciación de la variedad de las capacidades de movimiento de los dientes y las superiores posibilidades de anclaje que descansan en el siempre cambiante slot para el arco.

Ha habido una reducción continua en el número de objetivos del movimiento de dientes en la primera fase y un correspondiente aumento de aquéllos en la fase dos. El resultado consiste en una reducción en los tiempos de tratamiento de algunas maloclusiones—especialmente aquellas que tienen extracciones, como la fase dos en la que el cerrado del espacio posterior empieza tempranamente.

Los objetivos de la primera fase de tratamiento en la Técnica de Arco Recto Diferencial ahora son solamente tres:

1. Alinear los dientes anteriores para eliminar apiñamiento o espaciamiento.
2. Corrección vertical de mordidas anteriores abiertas o profundas.
3. Corrección de la sobremordida horizontal.

Por supuesto, otras correcciones de los dientes pueden empezarse al inicio del tratamiento, pero no necesitan ser completadas antes del inicio de la fase dos. Esto incluye rotaciones de premolares (exceptuando los casos de mordida profunda) y la corrección de mordidas cruzadas posteriores

mediante el uso de ligas para mordidas cruzadas bilaterales y arcos expandidos o contraídos. El punto importante a recordar concerniente a la oclusión posterior durante la etapa uno, es que los

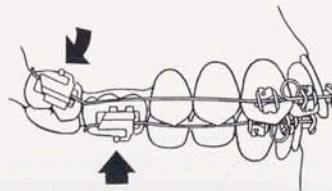


Figura 1. El segundo molar superior puede inclinarse distalmente y sobre-erupcionar bajo la influencia del doblez de anclaje. El molar de anclaje inferior está libre para erupcionar por los efectos laterales del doblez de apertura de mordida y la liga intermaxilar Clase II. TIP-EDGE GUIDE tercera reimpresión de la 3a edición. Cortesía de Two Swan Advertising, Westville, IN.

molares en oposición deben estar en oclusión—con o sin mordida cruzada. Si esos molares no ocluyen, uno o ambos pueden sobre-erupcionar por las fuerzas de apertura de mordida y/o fuerzas de los elásticos. Esto resulta en complicaciones y retrasos del tratamiento, Figura 1.

Los arcos con loops verticales se están delegando ahora para alinear los dientes anteriores únicamente en los casos sin extracciones. Cuando existen espacios posteriores, aún es posible corregir fácilmente el apiñamiento más severo con auxiliares de níquel titanio, ligaduras elásticas

para arcos continuos, o en algunos casos, el poder de inclinación de los caninos distalmente.

La etapa dos ahora tiene siete objetivos, algunos recogidos de la fase uno y otros son nuevos.

1. Cerrar los espacios posteriores remanentes.
2. Corregir o mantener las líneas medias dentales.
3. Corregir mordidas cruzadas posteriores.
4. Lograr oclusión molar Clase I.
5. Sobrerigir los premolares severamente girados.
6. Nivelar los molares de anclaje (si están inclinados distalmente).
7. Mantener todas las correcciones de los dientes anteriores logradas durante la etapa uno.

La atención directa que ahora se pone a las líneas medias dentales es el objetivo nuevo más significativo para ser dispuesto en

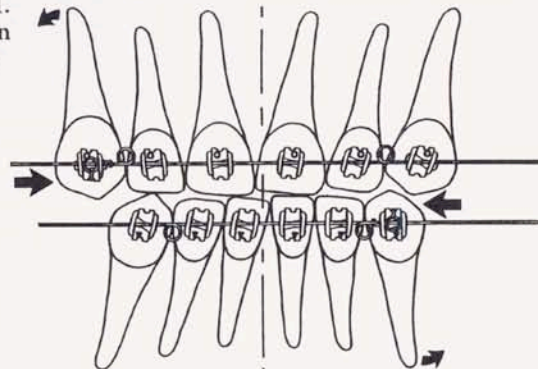


Figura 2. Resortes Side-Winder en contra de las manecillas del reloj aplicados a los caninos superior derecho e inferior izquierdo para corregir la discrepancia en la línea media. TIP-EDGE GUIDE tercera reimpresión de la 3a edición. Cortesía de Two Swan Advertising, Westville, IN.

Continúa en la pág. 2

ARTÍCULO DE PORTADA

Los Objetivos Cambian . . . Continúa de la Pág. 1

la etapa dos. Usualmente las discrepancias en la línea media son causadas por la inclinación distal no balanceada de los caninos inferiores, como en la Figura 2. Si esto no se atiende durante el cerrado del espacio posterior, el resultado podría ser una tendencia molar Clase II en un lado y una Clase III en el otro. Con la aplicación apropiada de resortes Side-Winder a los caninos inferiores, los grados de inclinación distal de las coronas puede armonizarse fácilmente. Esto varía el rango de cierre del espacio posterior en cada lado para asegurar la oclusión molar Clase I al final de la etapa dos. Los cambios subsecuentes en la línea media durante la etapa tres se reducen o eliminan debido al grado de enderezamiento de las raíces que se equilibra en cada lado de la arcada dental.


Los objetivos de la etapa tres permanecen iguales:

1. Lograr inclinaciones axiales de todos los dientes.
2. Mantener todas las correcciones logradas durante las fases uno y dos.



Sin embargo, aunque los objetivos no han cambiado, los medios para lograr la torsión de las

raíces durante la etapa tres son mas variados y con arcos rectangulares casi automáticos. Los auxiliares de torsión originales de dos y de cuatro espolones, ahora se delegan principalmente para usarlos en casos que requieren grados de torsión excesivos. Con la apreciación gradual del vasto potencial de anclaje inherente de la Técnica de Arco Recto Diferencial, tales casos son extremadamente raros. Las extracciones se recomiendan en pocos casos (menos del 30 o 35 por ciento) y cuando son requeridas, tienden a ser más distales—los segundos premolares en lugar de los primeros.

Por consiguiente, los requerimientos de torsión en general son menores y pueden ser llevados fácilmente y más estéticamente con AITR, Barras de Torsión y cuando se usan arcos rectangulares, por resortes Side-Winder. 

Nota: Todos los cambios en los objetivos mencionados anteriormente, al igual de como se logra cada uno, están cubiertos en la tercera reimpresión de la tercera edición del libro de 235 páginas de 1998 "Tip-Edge Guide." Que incluye también el último capítulo del Dr. R. Parkhouse sobre el terminando con arcos rectangulares así como mejoramiento de aparatos, reimpressiones, Preguntas y Respuestas y reportes de casos. Para ordenar llame al:

1-800-TIP-EDGE

Los Rayos X Revelan la Importancia de Intercambiar los Brackets de Segundos Premolares

Es bien conocido que el diseño del slot para el arco de Tip-Edge permite la inclinación de las coronas en una dirección (usualmente distal) y provee un control de inclinación final de la corona en la otra dirección. No deben tomarse decisiones cuando se seleccionan brackets para los dientes anteriores—cada uno está diseñado para permitir inclinación distal.

Sin embargo, los brackets de premolares están fabricados para permitir tanto inclinaciones a favor como en contra de las manecillas del reloj. Cuando se empaquetan brackets para casos de no extracciones, todos los premolares están diseñados para permitir inclinaciones distales. Esto puede causar un problema si ese juego de brackets es usado por un operador sin experiencia en un paciente al que se le quitaron los primeros premolares. Tal situación se presentó recientemente durante un

tratamiento por un estudiante de ortodoncia graduado.

A todos los estudiantes se les suministraron equipos para brackets sin extracciones y se les instruyó para intercambiar los brackets derecho e izquierdo de segundos premolares si su tratamiento involucra la remoción de los primeros premolares. El caso en cuestión tuvo un apiñamiento considerable con un canino superior y el segundo premolar inferior impactados en el lado derecho. Los primeros premolares tanto superiores como inferiores fueron extraídos, pero el estudiante olvidó hacer el intercambio entre los brackets de los segundos premolares superiores.

Posteriormente a la paciente se le aplicó la fase tres con un arco inferior redondo de 0.022" y arcos superiores de 0.0215" x 0.028". Se montaron resortes Side-Winder de manera que fueran

Continúa en la pág. 3

Figura 1. En el inicio del tratamiento los segundos molares superiores estaban enderezados. El plan de tratamiento incluía la extracción de los cuatro primeros premolares.



P's y R's


P. Llevo aproximadamente 6 meses con un caso de extracción de los cuatro primeros premolares y he estado esperando a que los caninos erupcionen. Ahora tienen brackets—los espacios superiores ya están casi cerrados y el perfil luce mucho mejor. La sobremordida horizontal se ha reducido a aproximadamente 4 milímetros pero los lugares de la extracción en el arco inferior todavía están un poco abiertos. Me gustaría ver mas corrección anteroposterior, corregir mas la sobremordida horizontal y el cierre de los espacios. ¿Debería engazar los premolares? ¿Puedo usar una fuerza con liga E-Link en el arco inferior para acelerar el cerrado del espacio? El paciente parece ser un usuario decente de las ligas.

Greencastle, INDIANA

R. Usted lo está haciendo bien (mas o menos). Cuando usted está intentando lograr las correcciones que desea, un usuario de ligas decente no lo hará. Las ligas deben usarse las 24 horas y tener de 2 a 2.5 onzas de fuerza medida. Muchas veces los espacios superiores se cierran más rápido que los inferiores (debido a la densidad del hueso mandibular), el espacio superior es usado al hacer la retracción anterior. Asegúrese que los dobles de anclaje están en el plano correcto. No coloque ligas E-Link en el arco inferior, ya que los dientes anteriores se inclinarán lingualmente y se complicará la sobremordida horizontal, cosa que usted no desea.

P. Tengo un paciente que requiere la extracción de cuatro premolares para corregir su maloclusión. Los segundos premolares superiores son muy pequeños tanto mesiodistalmente como oclusogingivalmente mientras que los primeros premolares superiores son grandes y bien formados. Me gustaría extraer los segundos premolares superiores pero los primeros molares están en una completa relación Clase II. Estoy consciente de la dificultad que pasaré manteniendo los molares distalmente durante el tratamiento. ¿Tendré que modificar mi mecánica de tratamiento o usar fuerzas extraorales para corregir la relación molar Clase II si opto por la extracción de los segundos premolares superiores y de los primeros inferiores?

New York, NEW YORK

R. Durante el tratamiento de Arco Recto Diferencial para la Clase II los molares superiores nunca se usan como unidades de anclaje durante la fase uno. Debido a que no se aplican fuerzas dirigidas mesialmente a los molares superiores hasta después de que se corrijan tanto la sobremordida vertical como la sobremordida horizontal, el problema de pérdida de anclaje superior durante el tratamiento de las Clase II no debería en realidad ser un problema (aún con la extracción de los segundos premolares superiores). No hay necesidad de cambiar su mecánica de tratamiento para este paciente. Manteniendo los primeros premolares superiores (que son mas grandes), usted logrará un mucho mejor resultado del tratamiento para este paciente. 

X-rays Reveal . . . *Continúa de la Pág. 2*

apropiados para un caso de extracción de primer premolar. Aproximadamente al mismo tiempo, la paciente descubrió que estaba embarazada y solicitó que no se le tomaran más radiografías hasta que naciera el bebé. Esto excluyó el monitoreo del enderezamiento mesiodistal de sus dientes con una radiografía panorámica como usualmente se hace durante o cerca de la conclusión de la etapa tres. Debido a que los brackets Tip-Edge se diseñan para el enderezamiento limitado, se decidió dejar todos los resortes en su lugar durante el embarazo.

Diez meses después de comenzar la etapa tres la paciente tuvo un saludable bebé y se tomó una radiografía panorámica, Figura 2.

Esto reveló que los ápices de las raíces de los segundos premolares superiores han sido sobre-enderezados mesialmente. De hecho, debido a que los brackets no fueron cambiados, esos dientes padecieron durante diez meses una inclinación potente y no un total enderezado. La solución fue intercambiar de lado los resortes Side-Winder y regresar las raíces a sus posiciones de enderezamiento apropiadas. El único problema fue que la paciente fue incomodada al requerir usar los aparatos fijos de cuatro a seis meses más de lo que debería haber sido necesario.

El reconocer y reportar este incidente enfatiza la importancia de la colocación correcta de los brackets Tip-Edge, no solo en los segundos premolares sino en todos los dientes.

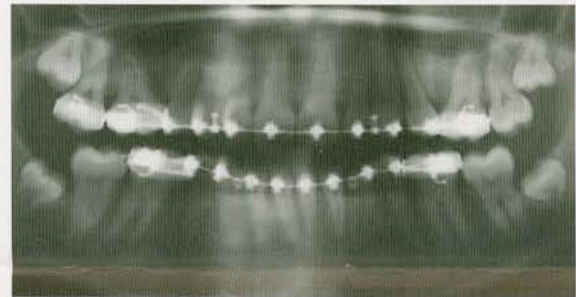


Figura 2. Los segundos premolares superiores no fueron invertidos (cambiados de lado). El resultado fue la potente inclinación de sus raíces mesialmente.

Los Brackets Gemelos Tip-Edge Necesitan Más Espacio Superior

A los ortodoncistas que les son familiares los brackets angostos como el Tip-Edge Rx-I (o aún el 256) pueden encontrar necesario reconsiderar las alturas del pegado en los dientes inferiores cuando usan los brackets Gemelos Tip-Edge. Debido a su anchura relativamente mayor, las cúspides de los dientes superiores pueden ocluir con las esquinas de los amarres oclusales de las aletas, Figura 1A.

Los Brackets más angostos pueden ser pegados a 4 o aún a 3.5 milímetros en el arco inferior y no tener tal interferencia debido a que las cúspides superiores opuestas pueden pasar a través de ellos, Figura 1B. Por supuesto, no es una buena técnica pegar los premolares a niveles más bajos que los tubos molares o brackets anteriores. Esto podría necesitar el escalonar los arcos hacia abajo en ambos lados de los premolares para evitar una sobre-erupción relativa.

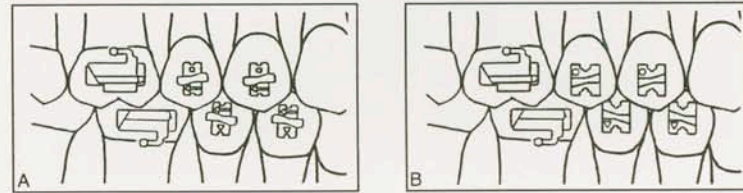
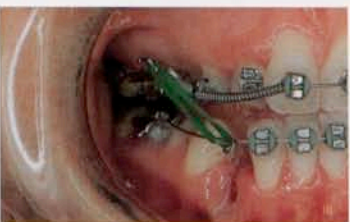


Figura 1 A y B. A) Los brackets angostos Rx-I Tip-Edge pueden pegarse relativamente altos en los dientes inferiores con una pequeña posibilidad de chocar con las puntas de las cúspides opuestas. B) Cuando se pegan a la misma altura, los Brackets Gemelos Tip-Edge más anchos pueden interferir con la oclusión. La solución es simplemente posicionar todos los aditamentos inferiores más bajo (incluyendo a los molares).

Sin embargo, cuando se considera usar brackets Gemelos Tip-Edge, el nivel de pegado de todos los aditamentos inferiores, incluyendo a los tubos molares, deberían ajustarse gingivalmente. Esto podrá reducir la eventualidad de interferencia oclusal y hacer posible el uso de arcos "rectos" (una de las más claras alegrías cuando se cambia a arcos de tamaño máximo en la fase tres de la Técnica de Arco Recto Diferencial).

CASO CLÍNICO

Esta mujer de 34 años de edad se presentó con una maloclusión Clase III y con mordida cruzada anterior y posterior bilateral. La paciente tenía paladar hendido el cual fue reparado quirúrgicamente en su niñez. Ambos caninos permanentes superiores estaban ausentes. La extracción de dientes inferiores se indicó para retraer a los incisivos. Debido a una recesión gingival severa, los caninos permanentes inferiores derecho e izquierdo fueron extraídos. Las fotografías intraorales se tomaron seis años después de que se quitaron los aparatos y muestran la estabilidad de la corrección lograda.



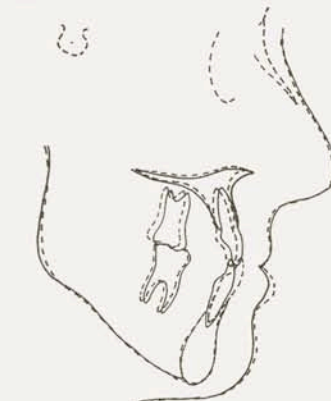
Aparatos de Tip-Edge con arcos de 0.016* de acero inoxidable y de alta resiliencia se colocaron en ambas arcadas. Los resortes espirales en el arco superior crearon espacio para los premolares. Al paciente se le indicó que usara ligas ligeras de Clase III las 24 horas del día.



Pre-fase III. Se colocaron brackets en los premolares y se llevaron a los arcos. Se removieron los dobleces de anclaje mesiales a los molares y se reemplazaron por curvas inversas.



Fase III. Arcos de alta resiliencia de 0.022* en las arcadas inferior y superior. Los resortes Side-Winder fueron colocados en los brackets de aquellos dientes que requerían enderezamiento.



S.S. Femenino, 34 Años
 Ausentes 33 Sup.
 Extracciones 33 Inf.
 Arcos Usados 4 (2 Sup., 2 Inf.)
 Tiempo de Tratamiento 24 Meses
 Retención Retenedor Superior
 Spring Aligner Inf.

Cambios Cefalométricos:

	Inicio	Punteado	Final	Continuo
1 A-Po	+6.5 mm		+1.5 mm	
Wits	-9.0 mm		-5.0 mm	
SN-MP	45.0°		45.0°	
SNA	71.0°		73.0°	
SNB	74.5°		74.0°	
ANB	-3.5°		-1.0°	
1-SN	94.0°		93.5°	

Centro de Postgraduados en Londres Ofrece Curso Tip-Edge

Un curso Tip-Edge de dos días se celebró en el nuevo Centro de Postgraduados del Hospital St. Georges en el suroeste de Londres. El curso fue impartido los días 12 y 13 de Diciembre con una asistencia de 20 participantes.

El Dr. Richard Parkhouse de Gales fue el anfitrión de este curso y como ayudante se contó con el Profesor Andrew Richardson de Belfast, Irlanda. El Centro de Postgraduados contribuyó como una excelente locación para el curso con instalaciones que incluyeron un amplio auditorio, mesa clínica y comedor.



El Dr. Richard Parkhouse (al centro) y el Profesor Andrew Richardson (el cuarto desde la derecha) posan con los participantes del curso Tip-Edge de dos días celebrado en el Centro de Postgraduados del Hospital St. Georges.

Actualización desde Rusia

En Septiembre de 1998, los Doctores Doyle Baldrige y Wayne Logan impartieron el 4to Curso Tip-Edge en la Universidad Estatal de Khabarovsk en Khabarovsk, Rusia con la asistencia de veinte doctores. El Doctor Igor Yelistratov de Khabarovsk, también colaboró como ayudante en el curso.

Tip-Edge en el Sur de Australia

El curso de Técnica de Arco Recto Diferencial en Adelaide, Australia resultó en un éxito extraordinario debido al talento de Richard Parkhouse y al apoyo brindado por TP. El curso se efectuó los días 29 y 30 de Octubre en el Hotel Radisson Playford en Adelaide, y contó con 47 participantes, comprendidos entre especialistas en ortodoncia y estudiantes graduados.



El niño en la fila de enfrente (de pantalón azul) es el hijo de uno de los participantes. Él al parecer, ¡entendió bastante de lo que Richard presentó y estuvo fascinado con los tipodontos! Quizás ya contamos con un operador potencial de Tip-Edge para el futuro. Esto representa una clara evidencia de las habilidades de comunicación de Richard.

Profr. Wayne J. Sampson
Presidente del Consejo de Ortodoncia P.R. Begg

Traducción elaborada por el Dr. Antonio Valle S. (México).

TP Orthodontics Mexico, S.A. de C.V.
Av. Insurgentes Sur 1809-8º Piso
Col. Guadalupe Inn
01020 México, D.F.
Para suscripciones
y Pedidos
Tel. (5) 662-5667
Fax (5) 662-9833

ORTOLAN S.A.
General Alava 19-1
01005 Victoria
Spain
Para suscripciones
y Pedidos
Tel. (945) 23 13 14
Fax (945) 13 62 10

TIP EDGE
TODAY